Rok XXXIV. Kraków 7. Września 1895 r. Nr. 36.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 190, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Kazuistyka sądowo-lekarska.

SERYA TRZECIA.

IV.

Czy wójt istotnie „skręcił kark“ Wojciechowi K.?

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz w Krakowie.

Wśród sprzeczki o ścieżkę począł wójt szamotać się ze swym sąsiadem Wojciechem K., wreszcie przyszło do bitki, wśród której wójt ujął Wojciecha za szyję i obalił go na płot żerdkowy, który się złamał. Wojciech upadł twarzą ku ziemi, wójt usiadł na nim i bił pięściami po głowie i gdzie trafił. Wójtowa biła Wojciecha równocześnie niemiłosiernie kołkiem po głowie, szyi, ramionach i rękach a gdy jeden kołek na sąsiedzie połamała, biła go drugim, który jej właśnie córka podała. Dopiero wskutek wołania sąsiadów biegnących na pomoc puszczono pobitego Wojciecha, z którym żona w godzinę udała się do lekarza.

O przypadku niniejszym uczynił Dr. A. następującej treści:

Doniesienie sądowo-lekarskie.

Wojciech K. podaje, że wójt i żona jego pobili go ciężko. Badanie dokonane w dniu dzisiejszym wykazuje: *a*) u mężczyzny wzrostu słusznego, dobrze odżywionego, niegorączkującego na uchu lewem rankę półkolistą o brzegach nierównych, tyczącą się skóry; *b*) obok tej ranki wynaczynienie krwi wielkości orzecha włoskiego; *c*) na łopatce lewej siniec ze zdartym przyskórkiem; *d*) na tylnej powierzchni przedramienia lewego różne miejsca o zdartym przyskórku; *e*) palec wskazujący i średni ręki lewej jako też i śródręcze silnie obrzmiałe, za dotykaniem się bolesne. Ruchy bierne i czynne tych palców z powodu bólu niemożebne. Między powyższymi palcami tuż przy nasadzie rana darta 1 cm. długości; *f*) na powierzchni tylnej palca prawego wskazującego dwa miejsca o zdartym przyskórku.

Orzeczenie. Uszkodzenia powyższe prócz uszkodzenia opisanego pod *e*) są uszkodzeniem lekkiem i wywołują chorobę i niezdolność do pracy zawodowej przez 3 dni. Co się zaś tyczy uszkodzenia opisanego pod *e*), na razie podać nie mogę, czy nie przyjdzie do ropnego zapalenia, gdzie się znajduje obecne obrzmienie, z powodu bliskości rany, czy w ogóle poszkodowany mniej niż przez 20 dni do pracy zawodowej tą ręką zdolnym będzie. Co do wiadomości c. k. Sądu podaję.

Dnia 11. Czerwca 189...

W dniu następnym według podań żony, Wojciech K. częścią leżał, częścią słaby około domu się przechadzał, jadł mało, wódki nie pił. W trzecim dniu rano ni ztąd ni zowąd powiedział do żony, że jej grunt i chałupę chce zapisać a celem sporządzenia aktu udali się oboje pieszo do miasta o milę odległego, gdzie pozostali do wieczora. W dniu czwartym odwiedził Wojciech swoją siostrę, lecz zresztą prawie cały dzień przeleżał, następnego dnia zaś był słabszy, ściskało go w żuchwach, nie mógł mówić, zaczęła go głowa boleć i w tył mu opadać. Stan pogorszył się w dniu szóstym tak, że żona zawiozła chorego do lekarza B., który choremu polecił postawić 8 pijawek na karku a do sądu przesłał zawiadomienie następujące:

W dniu 16. Czerwca 189... r. wieczorem przywieziono do mnie Wojciecha K, lat 53 liczącego, którego przed 5-ciu dniami pobił mocno po głowie wójt i jego żona. Przez te pięć dni chory czuł się słabym, aż dopiero w dniu wyż wymienionym dostał sztywności w karku bardzo bolesnej, zarówno jak i w całym grzbiecie. Ruchy bardzo utrudnione. Temperatura ciała niska 35·6. Tętno 48. Przytomność utrzymana całkowicie. W następnym dniu t. j. 17. Czerwca rano zawezwano mnie do M., gdyż stan chorego pogorszył się bardzo. Przy badaniu znajduję stan jak wczoraj, przerywany jednak napadami kurczów klonicznych co 10 lub 20 minut się powtarzających, wśród których tętno ustaje, sinica najwyższego stopnia. Oddechanie ustaje. Utrata przytomności

zupełna. Stan ten trwa 1 do 3 minut, poczem przytomność zwolna wraca, tętno i oddechanie również; chory wraca do mniej więcej normalnego stanu, z kurczów pozostaje stale tylko szczękościsk (*trismus*). Gdy nie mogę się oprzeć przekonaniu, iż stan ten jest następstwem ciężkiego uszkodzenia w bitce w dniu 10-go b. m., ośmielam się donieść o tem Świetnemu c. k. Sądowi z prośbą o wydelegowanie komisyi lekarskiej, któraby może jeszcze za życia mogła rozpoznać chorobę. *Dr. B.*

Właśnie w chwili gdy już opuszczałem M., doniesiono mi, iż Wojciech K. zmarł. Wróciłem więc i przekonałem się o śmierci, która nastąpiła wśród ostatniego napadu kurczu. *Dr. B.*

Sekcyę zwłok Wojciecha K. wykonali dnia 20. Czerwca a więc dnia 3-go po śmierci Dr. A. i Dr. B. i wykazali:

1) Zwłoki mężczyzny dobrze odżywionego, około 50 lat liczącego, okazują twarz potwornie wzdętą. Skóra na twarzy z powodu do wysokiego stopnia posuniętej zgnilizny barwy brudno zielonej, przyskórek z łatwością oddziela się od skóry, tu i ówdzie z przyskórka ogołoconej. 2) Szyja wzdęta, skóra na niej okazuje te same własności fizyczne. 3) Zielonkowate zabarwienie powłok ogólnych na klatce piersiowej i na brzuchu z powodu znacznej zgnilizny. 4) Moszna rozdęte z powodu nagromadzenia się gazów gnilnych pod skórą. 5) Na przedniej ścianie klatki piersiowej i na jej części dolnej znajdujemy w kilku miejscach pergaminowate zeschnięcia skóry i to mamy takich miejsc około 10. 6) Wspomniane uszkodzenia w świadectwie lekarskiem z dnia 11. Czerwca 189... zupełnie znikły, o ile wysoki stopień zgnilizny na ich rozpoznanie na skórze pozwala. 7) Z powodu daleko posuniętej zgnilizny przyskórek cały na wszystkich odnogach oddziela się w dużych strzępkach; przy obmacaniu części miękkich całego tułowia rozpoznajemy rozległą odmę podskórną z powodu obecności gazów gnilnych w tkance podskórnej. 8) Zresztą na całych powłokach nie ma znaków zadanego gwałtu.

Oględziny wewnętrzne. 9) Powłoki ogólne czaszki i mięśnie czaszkowe naciekłe rozłożonym barwikiem krwi tak, że trudno rozróżnić, czy mamy przed sobą wybroczynę krwawą lub czy tylko zjawisko pośmiertne. 10) Kości sklepienie czaszki stanowiące nieuszkodzone. Błona mózgowa twarda i miękka nie okazują żadnych zboczeń. Zatoki żylne a mianowicie zatoka sierpowata nie okazują żadnych skrzepów krwawych. 11) Kości na podstawie czaszki nieuszkodzone. 12) Mózg po największej części zmieniony w substancyą papkowatą koloru zielonawego tak, że trudno utkanie rozróżnić pod względem anatomicznym. 13) Krtań, połyk, jama ustna nie przedstawiają żadnych zboczeń. 14) Płuca prócz przekrwienia i obrzęku wodnego dolnych i tylnych płatów nie przedstawiają żadnych zboczeń. 15) Serce prócz nasiąknięcia rozłożonym barwikiem krwi nie przedstawia żadnych zboczeń, zastawki jego bowiem tak komórkowe jak i przedsionkowe, tudzież sam mięsień sercowy nie okazują żadnej chorobowej zmiany. W tętnicy głównej nie znaleziono żadnego uszkodzenia ani żadnej zmiany chorobowej. 16) Wątroba prawidłowa. 17) Śledziona przeobrażona w papkę brudną, smrodliwą, jednakże niepowiększona. 18) Obydwie nerki nie okazują prócz zmian pośmiertnych żadnego zboczenia. 19) Żołądek zupełnie próżny; błona śluzowa jego z powodu zgnilizny rozmiękła. 20) Kiszki tak cienkie jak i grube nie okazują żadnych zboczeń, błony śluzowe jednak z powodu zgnilizny znacznej zupełnie rozmiękłe tak, że utkania trudno rozeznać. 21) Jama otrzewnowa, pęcherz moczowy, kiszka odchodowa zupełnie prawidłowe. 22) Z powodu, że dotychczas otrzymaliśmy wynik ujemny pod względem anatomicznym a objawy chorobowe za życia: gwałtowne opadanie głowy w tył tak, że głowę musiano rękoma podpierać, że każde ruszenie głową w tył połączone było z niezmiernym bólem dla chorego, że szczękościsk ani na chwilę nie opuszczał chorego, że za ostatniem widzeniem chorego Dr. B. mógł wybitnie zauważyć t. zw. *shok* (wstrząs), były tego rodzaju, że kazały przypuszczać cierpienie rdzenia pacierzowego lub kręgosłupa w górnej jego części, przeto z tego powodu odpreparowano wszystkie mięśnie karkowe aż do kręgosłupa i połączenia jego z czaszką celem jak najdokładniejszego zbadania stanu części szyjnej kręgosłupa, mianowicie kręgów jego z osobna, stawów, więzadeł jakoteż i przebiegu rdzenia pacierzowego i znaleziono co następuje: Mięśnie przesiąkłe barwikiem krwi i cieczą gnilną, robiącą wrażenie krwi wynaczynionej bez skrzepów. Dostawszy się po odpreparowaniu mięśni karkowych aż do kręgosłupa, nie mogliśmy palcem wymacać ani złamania ani zwichnienia kręgów; najdokładniej badaliśmy pierwszy krąg szyjny w stosunku jego do czaszki i do drugiego kręgu szyjnego. Tak zwany wyrostek zębowy drugiego kręgu nie był ani złamany ani ze swych połączeń więzowych rozluźniony; więzadła krzyżowe i poprzeczne drugiego kręgu szyjnego zupełnie utrzymane. Oddzielając skórę czaszki celem jej przepiłowania, zapuszczono się aż do miejsca, gdzie czaszka opiera się o pierwszy krąg; prawdopodobnie skutkiem przecięcia więzadła łączącego czaszkę z pierwszym kręgiem, powstała między czaszką a nim wolna przestrzeń, w którą łatwo było wsunąć wskazujący palec, który docierał aż do rdzenia; górna część rdzenia pacierzowego, tak zwana część karkowa przeobrażona w papkę gnilną tak, że o zbadaniu własności anatomicznych mowy być nie może. (Dokończenie nastąpi).

II. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Przypadek XI.

L. prot. zakł. 170. K. L., lat 48. Operowana w szpitalu św. Łazarza w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych, mała, smukła. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 8 cm., długość jamy 5·3 cm., grubość ściany 1·6 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór kształtu główki kalafiora. Nowotwór zajmuje i dolną część szyi, lecz ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość tegoż od nowotworu wynosi więcej niż 1 cm. Błona śluzowa jamy macicy cienka, gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma tubulare portionis vaginalis.*

Badanie skrawków w błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną wykazuje:

Błona śluzowa niejednostajnej grubości, w ogóle cieńsza, pokryta na powierzchni przybłonkiem wałeczkowym, spłaszczonym. Gruczołów mało, szczególniej w powierzchownych warstwach, przybłonek w gruczołach nieco niższy, światła gruczołów wązkie; gruczoły znajdują się też w powierzchownej warstwie mięsnej a czasem stanowią ognisko osobne z kilku gruczołów. W ogóle w głębszych warstwach błony śluzowej gruczołów więcej niż w powierzchownej. Gruczoły przebiegają prawie równolegle do powierzchni błony śluzowej a zaledwie kilka przewodów uchodzi na powierzchnię błony śluzowej. Tkanka międzygruczołowa w powierzchownej warstwie błony śluzowej ma utkanie wyraźnie włókniste i jest obfita; w głębszych warstwach przeważa utkanie komórkowe i to tak, że największa ilość komórek okrągłych znajduje się około gruczołów, na zewnątrz od nich mamy komórki wrzecionowate. Taki sam obraz znajdujemy około gruczołów znajdujących się w tkance mięsnej. Przemawia to (jak już wy-

żej nadmieniłem), że tam, gdzie bywają gruczoły, powstaje odczyn tkaniny, występuje sprawa bujania tkanki łącznej.

Rozpoznanie. *Endometritis interstitialis. Atrophia glandularum mucosae incipiens.*

Przypadek XII.

L. prot. zakł. 171. F. J., lat 38. Operowana w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych przedstawia się jako kikut; część pochwowa i szyja zniszczone przez nowotwór, który przeszedł na dolną część jamy macicy. Przekrój z przodu w tył. Ściany macicy grube, w lewej połowie macicy w wysokości trąbki włókniak śródmiąższowy wielkości orzecha laskowego. Grubość ściany macicy w trzonie 2·5 cm. Błona śluzowa jamy macicy powyżej nowotworu jest grubsza i pofałdowana. Oddalenie nowotworu od dna macicy wynosi 2·5 cm.

Badanie skrawków z nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa niejednostajnej grubości, ale miejsca cieńsze nie przedstawiają się tak, jak przy zaniku, a więc błona śluzowa musiała dawniej w całości być grubszą. Przybłonek na powierzchni tylko miejscami utrzymany. Gruczołów stanowczo więcej. Gruczoły tak na przekroju poprzecznym jak i podłużnym przedstawiają znaczne zwężenie światła; szczególniej gruczoły, które przebiegają prostopadle do powierzchni błony śluzowej nie mają wcale światła, lecz dwie warstwy przybłonka, dobrze, jak zresztą we wszystkich gruczołach utrzymanego, przylegają do siebie. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna.

Tkanka międzygruczołowa, która widocznie co do ilości jest zwiększona, jest w warstwie powierzchownej więcej komórkowa, zawiera komórki różnego kształtu. W warstwach głębszych widoczny jest też ów rozrost tkanki łącznej, która tu jest więcej włóknistą. Rozrost ten w obydwóch warstwach wywołuje właśnie to zwężenie światła gruczołów, albowiem tkanka łączna opasuje niejako gruczoły i sprowadza tym sposobem ich zanik. W naczyniach zmiany wybitne, takie, jak wyżej opisano.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis et praecipue interstitialis. Atrophia glandularum incipiens.*

Przypadek XIII.

L. prot. zakł. 192. P. M., lat 40. Operowana w oddziale prof. Obalińskiego. Rozpoznanie. *Carcinoma portionis vaginalis.*

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych, nie powiększona, smukła, przekrój z przodu w tył, długość macicy 7·5 cm., długość jamy macicy 6 cm., grubość ściany macicy 1·5 cm. Nowotwór zajmuje tylko tylną wargę części pochwowej, na szyję nie przechodzi. Błona śluzowa jamy macicy już makroskopowo wydaje się grubszą i pulchniejszą, jakby krwią przesiąkła.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma tubulare portionis vaginalis.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa znacznie grubsza, powierzchnia jej pokryta przybłonkiem wałeczkowym, gruczołów bardzo dużo tak, że gruczoł leży jeden obok drugiego. W warstwie powierzchownej gruczoły są długie, mają przebieg trybuszonowaty, przybłonek w nich jakby oberznięty, lecz dobrze utrzymany; w świetle gruczołów znajdujemy ciałka krwi luźne. W warstwie grubszej przekroje gruczołów są poprzeczne i skośne a jest ich tyle, że tkanka ma wejrzenie oczkowate, alweolarne a tkanka międzygruczołowa stanowi tylko bardzo wąskie przegrody. Gruczoły w kilku miejscach drążą w tkankę mięsną w postaci klinów; zresztą granica jest dosyć ostra i wyraźna. Tkanka międzygruczołowa w warstwie powierzchownej obfitsza, włóknista, w głębszej skąpsza, włóknista a obok tego około gruczołów znajdujemy więcej komórek okrągłych i owalnych. Naczynia włosowate i drobne, tętniczki krwią napełnione. Tuż pod powierzchnią błony śluzowej znajdują się ciałka krwi; wybroczyny w tkance.

Rozpoznanie. *Endometritis glandularis productiva, probabiliter infra menses.*

Przypadek XIV.

L. prot. zakł. 176. A. M., lat 38. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.* Operowana w klinice prof. Rydygiera.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie z częściami dodatkowemi, przekrój z przodu w tył. Macica większa i grubsza. Długość macicy 9 cm., długość jamy 7·5 cm., grubość ściany w trzonie 2·3 cm.

Nowotwór zajmuje część pochwową i to przeważnie wargę tylną, na szyję przechodzi nieznacznie i to tylko na ścianę tylną, ujścia wewnętrznego nie przekracza. Błona śluzowa jamy macicy zupełnie gładka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa znacznie grubsza, powierzchnia jej pokryta jest warstwą przybłonka wałeczkowego, który w pewnych miejscach jest jakby od podstawy nieco uniesiony; w tych miejscach na powierzchni błony śluzowej widzimy ciałka krwi i masę drobnoziarnistą. Powierzchnia błony śluzowej jest falista. Gruczołów większa liczba tak, że błona śluzowa przedstawia tkankę budowy siatkowatej, obok powiększonej liczby gruczołów; gruczoły niektóre są dłuższe, większe, trybuszonowato pokręcone. Przybłonek w gruczołach barwi się dobrze, ale okazuje skłonność do złuszczenia; w świetle gruczołów znajdujemy masę ziarnistą. Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną dosyć wyraźna. Tkanka międzygruczołowa w powierzchownej warstwie dosyć obfita, komórkowa. Komórki drobne przeważnie okrągłe, lecz niektóre większe i owalne *(fibroblasty)*; nadto substancya międzykomórkowa jakby obrzmiała, podobna do masy śluzakowej. W warstwach głębszych tkanka międzygruczołowa mniej obfita, włóknista, zawiera znacznie mniej komórek. Wśród fibroblastów znajdują się licznie leukocyty a miejscami widzimy ograniczony naciek drobnokomórkowy, przypominający małe ropnie. Naczynia drobne i włosowate krwią wypełnione.

Rozpoznanie: *Endometritis productiva glandularis. Mucosa probabiliter infra menses.*

Przypadek XV.

L. prot. zakł. 194. Ł. F., lat 30. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri.* Operowana w oddziale prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie wycięta z częściami dodatkowemi; przekrój z przodu w tył, macica większa i grubsza, długość macicy 9·5 cm., długość jamy 7·8 cm., grubość ściany w ciele 2·2 cm. Szyja macicy szczególnie gruba. Na części pochwowej i w dolnym odcinku macicy widać nieznaczne zmiany nowotworowe. Błona śluzowa jamy macicy gołem okiem grubsza, barwy brunatnej.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie skrawków błony śluzowej z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa grubsza, powierzchnia pokryta przybłonkiem wałeczkowym. Gruczołów znacznie większa liczba. Światło gruczołów tuż pod powierzchnią małe; przybłonek w nich dobrze utrzymany. W warstwie głębszej błony śluzowej gruczoły rozszerzone i rozgałęzione, tu i ówdzie drążą do warstwy mięsnej; zresztą granica między błoną śluzową a warstwą mięsną wyraźna. Tkanka międzygruczołowa zawiera dużą ilość komórek; tu i ówdzie obok gruczołów naciek drobno-

komórkowy (leukocyty), tkanka ta w warstwie powierzchownej błony śluzowej jest obfitsza. Naczyń drobnych i włosowatych dużo a w nich znowu zmiany polegające na powiększeniu jąder śródbłonka i bujaniu tkanki łącznej w ścianach aż do zamknięcia światła w niektórych naczyniach.

Rozpoznanie: *Endometritis glandularis et interstitialis.*

Przypadek XVI.

L. prot. zakł. 195. J. J., lat 50. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis et cervicis uteri, fibromata uteri.* Operowana w oddziale prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie nieco większa, wyjęta bez części dodatkowych, przekrój z boku na bok. Na przedniej ścianie macicy trzy włókniaki podsurowicze wielkości orzecha. Na przekroju w ścianie przedniej włókniak śródmiąższowy wielkości orzecha, na granicy między szyją a trzonem macicy w ścianie tylnej nieco mniejszy od poprzedniego. W jamie macicy polip włóknisty wielkości fasoli; zresztą błona śluzowa jamy macicy gładka, cienka. Długość macicy 8·1 cm., długość jamy 6·3 cm. Grubość ściany w trzonie 2·3 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, który przechodzi na dolną część szyi, ale ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość od niego do nowotworu wynosi 1·3 cm.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma lobulare portionis vaginalis.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje: Błona śluzowa niejednakowej grubości; powierzchnia jej pokryta jednowarstwowym przybłonkiem wałeczkowym bardzo spłaszczonym. Tuż pod powierzchnią mamy dosyć gruczołów o świetle wąskiem, przekroju poprzecznym tak, jakby tkanka otaczająca te gruczoły ugniatała i zanik ich sprowadzała. Przybłonek w gruczołach tu i ówdzie w dwóch i trzech warstwach, lecz dobrze utrzymany. Tkanka międzygruczołowa w tem miejscu włóknista a w niej drobne komórki. W głębszych warstwach mamy więcej gruczołów, ale ogniskowo a nie równo rozsianych; z tych jedne mają wąskie światło, inne są rozszerzone z wypustkami do wnętrza i okazują wybitną skłonność do proliferacyi przybłonka. Najważniejszem jednak jest to, że niema ścisłej granicy między błoną śluzową a warstwą mięsną, lecz gruczoły drążą do tej ostatniej i niszczą ją, albowiem widzimy gruczoły, które się znajdują w porozdzielanych wiązkach mięśni i okazują wybitną skłonność do niszczenia mięśnia, gruczoły te drążą głęboko prawie przez całą grubość mięśnia, tworząc tu i ówdzie ogniska po kilka. Tkanka międzygruczołowa w warstwie głębszej błony śluzowej okazuje naciek drobnokomórkowy (leukocyty); w innych miejscach zaś mamy komórki o jądrach owalnych mniejszych i większych obok pasm tkanki włóknistej. W naczyniach też zmiany już w innych preparatach opisane.

Rozpoznanie: *Adenoma destruens mucosae uteri.*

Przypadek XVII.

L. prot. zakł. 209. J. K., lat 40. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis.* Operowana w oddziale prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie, mała, bez części dodatkowych. Przekrój z przodu w tył. Długość macicy 7·5 cm., długość jamy 6 cm., grubość ściany w trzonie 1·8 cm.

Część pochwowa w porównaniu z trzonem smukła, zajęta przez nowotwór, który przechodzi na dolną część szyi, lecz ujścia wewnętrznego nie przekracza; odległość od ujścia wewnętrznego do nowotworu 1 cm. Błona śluzowa jamy macicy jest gładka i cienka.

Badanie skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Adeno-carcinoma cervicis uteri.*

Badanie skrawków błony śluzowej wraz z warstwą mięsną z jamy macicy wykazuje:

Błona śluzowa niejednostajnej grubości, tu i ówdzie nieco cieńsza, pokryta na powierzchni przybłonkiem wałeczkowym. Gruczoły co do liczby nie okazują wybitniejszej zmiany; niektóre gruczoły są pozwężane w kształcie torbielków a w tych gruczołach przybłonek bardzo spłaszczony, w świetle znajduje się masa ziarnista; inne znów gruczoły mają światło bardzo wąskie, jak to bywa w okresach początkowego zaniku błony śluzowej. Gruczoły w pewnych miejscach drążą w warstwę mięsną, przez co granica między błoną śluzową a warstwą mięsną ma kształt falisty. Obfita tkanka międzygruczołowa składa się z komórek przeważnie okrągłych i owalnych; w warstwie zaś tuż pod powierzchnią mamy i tkankę włóknistą. W naczyniach zmiany polegające na zgrubieniu ścian a tem samem na zwężeniu światła naczyniowego.

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis, atrophia mucosae incipiens.* (Dokończenie nastąpi)

III. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Co się tyczy tych ostatnich, w prawidłowej rogówce Leber przyznawał tylko powierzchowną brzeżną sieć pętlistą. Ja (*Przyczynek do nauki o rozwoju oka.* Kijów 1878. po ros.) udowodniłem, wbrew poprzednim twierdzeniom Hyrtla, Waldeyera i Ricchiardiego, że nawet u zarodków rogówka posiada tę tylko sieć, żadnych zaś innych naczyń. Ostatnio Schöbl (*O cévach krevních rohowky.* Książka jubileuszowa Szokalskiego. 1884. *Ueber die Blutgefässe der Hornhaut etc. Centralbl. für prakt. Augenh.* 1886. November) utrzymuje, że u dorosłych, prócz powierzchownej sieci brzeżnej, istnieje nadto sieć głęboka (niekiedy podwójna nawet), położona więcej w środku, której naczynia pochodzą od naczyń białkówki i wchodzą w nieznacznej przestrzeni do przeźroczystej rogówki. Dzielą się naczynia te na kształt pęczków, zespoleń nie tworzą, lecz każda tętnica ma obok siebie własną żyłę. Czy w istocie sieci głębokie zawsze istnieją w prawidłowem oku człowieka, orzec stanowczo nie mogę; nawet dotychczasowe doświadczenie nakazuje mi raczej zaprzeczyć istnieniu takiej sieci u człowieka. U zwierząt rzecz się ma inaczej, jak to zresztą oddawna wiadomo. Natomiast w sprawach chorobowych, zwłaszcza przewlekłych rogówki, w jej warstwach głębokich powstałych, bezwarunkowo naczynia w tych częściach napotykane pochodzą od naczyń białkówki, jak słusznie utrzymuje Schöbl. W danym przypadku mieliśmy najpierw zupełnie prawidłową, tylko bardzo przekrwioną pobrzeżną sieć powierzchowną, dalej, głębiej znacznie, dwie siecie, z których jedna, bardziej powierzchowna znajdowała się w środku samej rogówki a rozgałęzienia jej tworzyły pasemko na 2—3 mm. szerokie; druga zaś sieć, głęboka znajdowała się w najbardziej wewnętrznych warstwach rogówki a rozgałęzienia jej tworzyły pas 3—4 mm. szerokości mający; niekiedy naczynia dochodziły nawet do samego środka rogówki. Znaczniejsze zbiorowiska komórek w pobliżu błony Descemeta znajdowały się zawsze bezpośrednio obok naczyń najgłębiej sieci naczyniowej.

Błona Descemeta była zupełnie prawidłową, prócz części obwodowych, w których znajdowały się dość znacznie rozwinięte zgrubiałości, w kształcie znanych brodawek. Przybłonek był zachowany; tylko jądra komórek miały brzegi mniej wyraźne i słabo zabarwiały się siniawcem. Wejrzenie zatem miały wymokłe, natomiast zwyrodnieniu nie ulegały. W miejscu odpowiedniem dolnemu brzegowi soczewki śródbłonka wcale nie było; w innych miejscach komórki jego często były oderwane od błony i znajdowały się już w warst-

wie skrzepu, który wypełniał komorę. W miejscu przejścia rogówki do białkówki, pomiędzy blaszkami błon było bardzo wiele komórek, naczynia krwionośne były bardzo szerokie i krwią wypełnione.

Grubość białkówki nieopodal brzegu rogówki wynosiła przeszło 0·7 mm., w pobliżu tylnego bieguna 1·4 mm. Liczba komórek w białkówce i naczyń ku tyłowi zmniejszała się stopniowo; w błonie żółtej *(lamina fusca)* komórki zawierały bardzo mało barwika. W przednim i tylnym pierścieniu granicznym Schwalbego znajdowały się obficie ziarnka barwika. W górnej połowie oka obwodowy pas tęczówki przytykał bezpośrednio do rogówki, przestworu więc Fontany wcale tu nie było. Przeciwnie, w dolnej połowie oka przestwór ten przedstawiał się w postaci bardzo szerokiego trójkąta, z prostym kątem przednim; jak wspomniałem już, w miejscu tem dolny brzeg soczewki zbliżał się do dna komory przedniej. We wspomnianym już wyżej kierunku ukośnym soczewka była unieruchomioną wskutek tego, że poniżej południka wielkiego gałki brzeg jej był z obu stron na nieznacznej zresztą przestrzeni zrosły z tęczówką. Właściwie torebka soczewki tworzyła fałd, który wsuwał się tuż za brzegiem źrenicznym do tylnej warstwy barwikowej i następnie zrastał się z tylną błoną graniczną tęczówki. Nieco później zobaczymy, że unieruchomieniu soczewki dopomagała poniekąd inna jeszcze okoliczność. Torebka soczewki i przybłonek jej były prawidłowe i tylko w dwóch miejscach torebka tworzyła wspomniane już fałdy; w obrębie ich ściany jej nie przytykały bezpośrednio do siebie, lecz oddzielała je warstwa substancyi skrzepłej. Próżnię torebki całkowicie wypełniała soczewka, która zachowała swą budowę włóknistą. Przybłonek torebki był dobrze zachowany. Wypukłość soczewki ku przodowi była znacznie mniejszą niż ku tyłowi. Na torebce nigdy nie widziałem śladów oderwanych włókien obwódki Zinna.

W tęczówce zmiany były bardzo znaczne. Śródbłonek na przedniej jej powierzchni znajdował się tylko w bardzo niewielu miejscach. W przedniej warstwie granicznej komórki podścieliska zawierały zawsze pewną ilość barwika. W dolnej części gałki, wskutek odepchnięcia tęczówki poza soczewkę, powstały bardzo wyraźne i naprężone, zdążające od obwodowego pasa tęczówki do przedniego pierścienia sprężystego wyrostki tęczówki *(Irisfortsatze)*, cienkie, zespalające się ze sobą przegródki z włókienek, otoczonych dokoła komórkami, które często bardzo zawierały barwik. Zwieracz tęczówki, zwłaszcza w dolnej połowie, był zupełnie zanikły, chociaż nawet ku górze szerokość jego wynosiła tylko 0·6 mm., grubość 0·07 mm. Warstwa barwika siatkówkowego była zupełnie dobrze zachowana i wyglądała prawidłowo. Natomiast w podścielisku tęczówki, prócz wspomnianych już komórek przedniej jej warstwy, inne komórki były zupełnie prawie pozbawione barwika; komórki te miały bardzo długie wyrostki, za pomocą których łączyły się ze sobą, tworząc sieć o bardzo szerokich pętlach, położoną pośród masy zupełnie bezpostaciej warstwy cieczy skrzepłej, która wypełniała układ nadzwyczaj w danym przypadku rozszerzonych skrytek i przestworów tęczówki. Prócz zwykłych naczyń krwionośnych tęczówki o grubej błonie dodatkowej masę bezpostacią przecinały liczne naczynia o cienkich ścianach, otoczone również cienką, bo zwykle z jednej tylko warstwy śródbłonka złożoną, błoną dodatkową; naczynia te uważać należy za nowopowstałe. Początek brały one rzadziej od wielkiego koła tętniczego *(circulus iridis arteriosus major)*, zwykle zaś od naczyń białkówki, które w dolnej połowie gałki przechodziły przez przestwór Fontany.

Mięsień akomodacyjny miał budowę mięśnia oka nadmiarowego. Tkanka łączna w zgrubiałych wyrostkach rzęskowych była bardzo rozwinięta; w wielu miejscach w pobliżu naczyń znajdowały się spore zbiorowiska drobnych, okrągłych komórek. W błonie nadnaczyniówkowej komórki zawierały bardzo mało barwika; natomiast niezabarwionych komórek było bardzo wiele, układ zaś tkanek był nadzwyczajnie rozwinięty, zwłaszcza w przedniej części naczyniówki. Nietylko tęczówka i wyrostki rzęskowe, lecz i właściwa naczyniówka również była bardzo zgrubiałą i już zaraz za wyrostkami rzęskowymi grubość jej wynosiła przeszło 0·10 mm. a dalej ku tyłowi zwiększała się stopniowo tak, iż w pobliżu bieguna tylnego wynosiła już 0·7 mm., obok samego nerwu wzrokowego 1 mm. Naczynia były bardzo przepełnione krwią; w podścielisku znajdowały się bardzo nieliczne komórki barwikowe (barwika zawierały one zresztą bardzo mało), natomiast cała naczyniówka obfitowała we zwykłą, luźną, włóknistą tkankę łączną.

Co się tyczy siatkówki, ta, jak już wyżej nadmieniłem, w dolnej połowie gałki była oderwaną od naczyniówki. Tarcza nerwu wzrokowego była zagłębioną, włókna nerwowe w znacznej części zanikłe, natomiast dokoła tarczy, zwłaszcza ku dołowi, w warstwie włókien nerwowych dawał się spostrzegać znaczny bardzo rozrost tkanki łącznej. W pobliżu również tarczy widoczną była sprawa zapalna w naczyniówce i w siatkówce. Tak tkanka łączna, obficie znajdująca się w całej naczyniówce, niekiedy tworzyła znaczne wyniosłości, które podnosiły ku górze przyległą część siatkówki. Przybłonek barwikowy siatkówki przenikał do właściwej jej substancyi, w której jednakże w miejscach odpowiednich dostrzedz można było tylko chyba wewnętrzną warstwę jąder; wszystkie inne warstwy były niewidoczne, natomiast siatkówka była zwyrodniałą torbielowato, zwyrodnieniu zaś temu ulegały przeważnie warstwy jej wewnętrzne. Jednakże takie gniazda zapalne rzadko były większe nad 0·5 mm., było ich niewiele i znajdowały się zawsze w pobliżu samej tarczy. Dalej ku obwodowi, ku górze, siatkówka była w wielu miejscach o tyle zachowaną, że odróżniać się dawały nawet warstwy pręcików, czopków i komórek zwojowych. Jednakże w najlepiej nawet zachowanych częściach siatkówki w warstwach komórek zwojowych i włókien nerwowych spostrzegłem znaczny bardzo rozrost tkanki łącznej a włókna promieniste i ściany naczyń były zawsze zgrubiałe.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

W. Biegański: **Samodzielne skurczenie palców** *(contractura spontanea digitorum, retractio aponeuroseos palmaris)* Dupuytrena **jako sprawa odżywcza z przyczyn ośrodkowych** (ze szpitala N. M. P. w Częstochowie).

Pierwszy Dupuytren opisał samodzielne skurczenie się palców rąk, występujące przedewszystkiem u starców, w którem jeden lub kilka palców, zagiętych ku dłoni, nie daje się wyprostować w stawach między kością śródręcza a pierwszą i pierwszą a drugą falangą; staw natomiast między oboma końcowymi członkami pozwala na dość swobodne ruchy bierne. Według Dupuytrena badanie anatomiczne nie wykazuje w tych razach zmian żadnych ani w ścięgnach, ani w stawach, ani w skórze, która da się od powięzi ścięgnistej dłoni oddzielić zupełnie. Jedynie powięź ścięgnista jest cieńsza i krótsza a z niej wychodzą włókniste pasma podskórne, utrzymujące palce w zgięciu. Na podstawie tych danych uważał Dupuytren całą sprawę za wynik skrócenia powięzi, rozwijającego się na tle przewlekłej sprawy zapalnej w skutek działania powtarzającego się (n. p. przy pracy) ucisku na dłoń. Zapatrywanie D. dopiero w nowszych czasach podane zostało w wątpliwość; świadczy przeciw niemu okoliczność, że podobna sprawa chorobowa występuje także u osób, które nigdy rękami nie pracowały, że pojawia się nieraz symetrycznie, lub wprzód na ręce lewej, że może zajmować także powięź ścięgnistą podeszew nóg, że wreszcie spostrzegano ją u kilku osób tej samej rodziny. W przypadku autora zwracał uwagę zanik mięśni zginaczy kciuka i palca małego. Przy sekcyi nie można oddzielić było skóry od powięzi ścięgnistej

dłoni; zresztą znaleziono zmiany opisane przez Dupuytrena. Pomimo, że za życia żadnych zresztą zaburzeń czucia i ruchu nie można było wykazać, jeszcze przed śmiercią chorego przypuszczał B. możliwość pewnych, nie dających się bliżej określić zmian w rogach przednich rdzenia pacierzowego a to na podstawie symetryczności skurczenia palców, znacznego zaniku zginaczy palców wielkiego i małego tudzież skóry dłoni.

Badanie anatomiczne rdzenia kręgowego, wykonane przez Rychlińskiego w Warszawie wykazało głównie w obrębie dolnego odcinka części szyjnej i górnego piersiowej: *leptomeningitis chronica, gliomatosis in regione canalis centralis, syringomyelia parva, poliomyelitis anterior, endarteriitis proliferans.*

Zdaniem B., w podanym przez niego przypadku, po raz pierwszy połączonym z badaniem rdzenia pacierzowego, należy uważać sprawę chorobową za skutek zmian w tym ostatnim a to, jak B. przypuszcza, odnieść ją należy jedynie do zmian w komórkach rogów przednich. Czy istotnie takie przypuszczenie zdobędzie sobie prawo obywatelstwa w etyologii samodzielnego skurczenia palców, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze, podobne spostrzeżenia. *(Deutsche medicinische Wochenschrift* 1895. Nr. 31). *Dr. Ciechanowski.*

Higiena.

Schlichter: **Badanie i wybór mamki.**

Obecność odpowiedniego mleka i brak choroby ogólnej przewlekłej lub ostrej, są niezbędnymi przymiotami mamki, okoliczności zaś takie, jak wiek, rasa, czas rozwiązania, forma i kształt sutków i ich brodawek są drugorzędne.

Badanie chemiczne składu mleka u jednej i tej samej mamki wykazuje różnice w różnych porach dniach o wiele większe, niż są one w mleku różnych mamek z jednej pory dnia. To też dzieci karmione przez kilka mamek, gdzie więc pokarm jednego dziecka zmienia się z powodu zmiany mamek, chowają się nawet lepiej, niż karmione przez jednę i tę samą mamkę, co dowodzi, że odżywienie oseska zależy więcej od ilości, niż jakości mleka. Dlatego w razie, gdy osesek z początku nie udaje się u mamki, nie należy jej zmieniać, lecz przeprowadzić kilkakrotnie chemiczny rozbiór pokarmu i z tego oznaczyć, jak często i ile razy i jak długo ma dziecko ssać. Badanie sutków wykazać nam może: 1) stopień rozwoju gruczołów; 2) ilość wydzielającego się mleka, którą wtedy uważa się za dostateczną, gdy za uciskiem wydziela się kilku promieniami przez 20 do 30 sekund równa ilość mleka. Sztuczne nagromadzenie się mleka w sutkach przez dłuższe nie odciągnięcie jego rozpoznaje się: *a)* po rozszerzeniu i napięciu przewodów mlecznych; *b)* zbitości sutków; *c)* ich bolesności przy prawidłowem badaniu. Również brak pokarmu u mamki wykaże się, gdy zostawi się ją przez 2—3 godzin pod najściślejszą kontrolą, poczem bada się sutki.

Uwzględniając kształt piersi najwięcej mleka dają sutki walcowate i stożkowate; najlichsze są półkuliste, będące zwykle cechą pierworódek. Łatwość wypływania pokarmu z sutków jest bardzo ważna przy wyborze mamki w uwzględnieniu stanu oseska. Dziecko słabowite, przedwczesne, musi być karmione piersią, z której pokarm wypływa lekko i łatwo; błędem zaś byłoby dziecko silne przystawić do takiej mamki, bo po każdorazowem nassaniu wystąpią objawy niestrawności. Cechę tę wydzielenia mają sutki walcowate i stożkowate. Tablice Hahnera i Pfeiffera przedstawiają liczbowo ilość pokarmu dla oseska niezbędnego przy nassaniu się za każdym razem przez 23 pierwsze tygodnie. Ilość przyjętego przez dziecko pokarmu oblicza się przez ważenie oseska przed ssaniem i po ssaniu a mamka dostarczająca ze swych sutków takiej ilości pokarmu jest dla tego oseska odpowiednią.

Co się tyczy samej brodawki, to dzieci słabowite muszą mieć piersi o brodawce długiej i grubej; dzieci donoszone, prawidłowo rozwinięte mogą mieć pierś o brodawkach płaskich, grubych, guzowatych, rozłupanych, byleby nie była *papilla circumvallata obtecta.* Rozpoczynające się sprawy zapalne sutków wykluczają możność karmienia oseska.

Mamkę powinno się badać w najdrobniejszych szczegółach od głowy do stóp wedle przepisów klinicznych. Wiek, menstruacya, ilość przebytych porodów, rasa, nie mają prawie żadnego wpływu na dobroć mamki, jeżeli tylko odpowiada mamka dwom na wstępie wskazanym przepisom t. j. 1) ma dostateczną ilość pokarmu; 2) nie ma żadnej choroby ostrej ani ogólnej. Czas rozwiązania ma tylko w pewnych granicach równe z tamtymi przymiotami znaczenie a mianowicie mamka chcąca karmić oseska winna być nie mniej niż w 6. tygodniu, nie więcej niż w 5. miesiącu od rozwiązania, naprzód dlatego, iż mamka ma czas 1½ miesięczny jako dostateczny do skrzepienia się po porodzie, możność ustania wydzieliny z sutków jest mniej prawdopodobna, objawy zaś kiły odziedziczonej u dziecka w tym czasie już się ukazują; karmienie oseska piersią mamki po pięciu miesiącach po rozwiązaniu jest rzeczą ryzykowną, gdyż i tak od niej wymagać należy okresu karmienia tego dziecka 8—10 miesięcznego. Miesiączkowanie nie oddziaływa szkodliwie ani na mamkę ani na dziecko a przypadłości żołądkowo-kiszkowe występujące podczas tego okresu u oseska uważać raczej należy za stan chorobowy dziecka. Tylko w przypadkach, gdy u mamki podczas miesiączkowania lub po niem wystąpi stałe zmniejszenie się ilości pokarmu, należy zmienić mamkę.

Dr. Bolesław Komorowski.

Fizyologia.

E. H. Schaefer (prof. w Londynie): **Wydzielanie wewnętrzne.**

Wydzielaniem wewnętrznem (*secretio interna*) nazywa autor wydzielanie do wnętrza, t. j. wydzielanie zmienionych w gruczołach i przez gruczoły soków organicznych do wnętrza w przeciwieństwie do wydzielania przez gruczoły płynów na zewnątrz właściwemi przewodami. Tak n. p. wydzielina wątroby na zewnątrz jest żółć, wydzieliną zaś jej wewnętrzną glikogen i mocznik. Właściwą wydzielinę na zewnątrz wątroby, t. j. żółć, można bez nadzwyczajnej szkody dla ustroju odprowadzić na zewnątrz, gdy wstrzymanie wydzieliny wewnętrznej sprowadziłoby wkrótce śmierć.

Do tego wydzielania wewnętrznego odnieść należy teoryę autotoksykacyi, według której przeznaczeniem danego gruczołu jest niszczyć substancye trujące, we krwi krążące; zniszczenie przeto takiego gruczołu prowadzi do nagromadzenia się we krwi substancyj trujących, dla organizmu szkodliwych.

Do takich gruczołów wydzielających wewnętrznie należą gruczoły bez przewodów odprowadzających, gruczoły o niejasnem jeszcze przeznaczeniu fizyologicznem, jak gruczoł tarczykowy *(glandula thyreoidea)*, grasica (*thymus*) i nadnercza. Zdaje się, iż gruczoły te wydzielają pewne substancye ze krwi, przerabiają je i tak przerobione znów do krwi doprowadzają.

Wyciąg z gruczołu tarczykowego nie działa w sposób widoczny na serce, zwalnia wszakże drobne tętniczki; natomiast wyciąg z grasicy podnosi znacznie czynność serca i zwęża drobne naczynia oraz powiększa ciśnienie krwi. Bardzo ciekawe i całkiem nowe rezultaty dały doświadczenia z wyciągiem nadnerczy. Wypada z nich, że część rdzenna tych gruczołów zawiera substancyą dyalityczną, organiczną, która rozpuszcza się w wodzie, nie ginie pod wpływem temperatury wrzenia wody i działa energicznie na mięśnie dowolne i mimowolne podniecając ich kurczenie się podobnie, jak weratryna. Substancya ta działa także na ośrodek tamujący czynność serca a znajdujący się w rdzeniu przedłużonym i opaźnia czynność serca, po przecięciu zaś nerwów błędnych przeciwnie powiększa czynność serca i liczbę jego uderzeń, przez co nadzwyczajnie podnosi się ciśnienie krwi w naczyniach, osobliwie obok równoczesnego skurczu pierwocin mięsnych w drobnych tętnicach. (Z obrad 63. Kongresu *British medical Association* w Londynie od 30. Lipca do 3. Sierpnia b. r.).

R.

Patologia doświadczalna.

F. Vidal i F. Bezançon: **Zakaźne zapalenie rdzenia pacierzowego** (*myelitis infectiosa*), **wywołane eksperymentalnie za pomocą paciorkowca.**

M. Marie zwrócił uwagę na zakaźne pochodzenie ostrych i przewlekłych zmian mózgordzeniowych; rozpoczęto badania w tym względzie. Wścieklizna była pierwszą z chorób, gdzie doświadczalnie wywołano u królików porażenia. Babiński i Charrin wywołali porażenia następnie przez szczepienie *bacillus pyocyaneus*, a Grancher, Martin i Ledoux-Lebard porażenia kończyn przez szczepienie gruźlicy ptaków, Gilbert i Lion zaś przez szczepienie gruźlicy ssawców.

Roux i Yersin otrzymywali porażenia u zwierząt przez wstrzykiwanie hodowli prątków błoniczych, lub samych tylko ich toksyn. M. Vincent obserwował u królika przypadek ostrej, dośrodkowej (*ascendante*) *myelitis*, wywołanej za pomocą prątków Ebertha z innym jakimś nieoznaczonym bliżej mikroorganizmem chorobotwórczym. Porażenia ogólne otrzymywali Gilbert i Lion za pomocą wstrzykiwania do żył zwierząt *bacterium coli commune* a także i *staphylococcus pyogenes aureus*.

Marchedi i Traversa wstrzykiwali sterylizowane hodowle paciorkowca żabom, świnkom morskim i królikom i otrzymywali porażenia z kurczami.

Vaillard i Vincent przez wstrzykiwanie paciorkowca królikom do krwi wywoływali porażenie symetryczne (*paraplegia*) tylnych kończyn z następowem zejściem śmiertelnem.

Roger paciorkowcem, którego jadowitość wzmocnił sztucznie, wywołał u królika postępowy zanik mięśni: anatomicznie znalazł zwyrodnienie komórek nerwowych w przednich rogach rdzenia pacierzowego.

Bourges u królików także przez szczepienie paciorkowca otrzymał *myelitis* z następowem porażeniem kończyn tylnych, porażeniem zdziergacza i zanikiem mięśni kończyn. Paciorkowiec według autorów jest tym mikroorganizmem, którego jadowitość najłatwiej się wzmaga i który u człowieka czynnym jest bardzo często, czy to jako pierwotna przyczyna samej choroby, czy też zakażenia następowego i to w tych stanach chorobowych, które najczęściej wikłają się z zapaleniem rdzenia pacierzowego. Autorzy też dlatego przedsięwzięli swe doświadczenia z tym pasożytem; szczepili 116 królikom 89 hodowli paciorkowca, którego jadowitość powiększali, hodując go w symbiozie z *bacterium coli commune*.

Na 116 użytych królików u siedmiu otrzymali porażenia, które rozwinęły się po szczepieniu w przeciągu 7miu dni do dwóch miesięcy. Dwa z tych siedmiu przypadków były zaszczepione paciorkowcem wyhodowanym z błon dyfterytycznych.

Wstrzykiwano po 1·5 cm.³ hodowli bulionowej podskórnie i do żył. W miejscu szczepienia powstawał zwykle obrzęk zapalny a w kilku przypadkach następowało podniesienie się ciepłoty z ogólnymi objawami. Przypadki te, w których wystąpiły porażenia, zakończyły się śmiercią; w kilku z nich wystąpiły porażenia równocześnie z objawami wywołanymi przez szczepienie, w innych zaś dopiero w kilka dni po ustąpieniu tych ostatnich a w niektórych porażenia, były dopiero pierwszą reakcyą organizmu na szczepienie. Porażenia te występowały zwykle nagle, gwałtownie, u zwierząt nie okazujących żadnych zmian, pod wpływem jakiegoś przypadkowego bodźca zewnętrznego; autorzy zwracają uwagę, iż rolę takiego bodźca zewnętrznego, wywołującego wybuch choroby rdzeniowej u ludzi grają zaziębienie, zmęczenie fizyczne i t. d.; zmiany w rdzeniu już istnieją i dopiero jakieś przypadkowe zadraźnienie organizmu z zewnątrz wywołuje ich objawy. Porażenie u królików występowały albo jako czyste porażenie, albo jako porażenie z kontrakturami. W dwóch przypadkach kontraktury zajęły mięśnie wszystkich kończyn, karku i głowy tak, że przyszło do *opisthotonus*; w jednym zaś przypadku porażoną była jedna tylko kończyna tylna, czemu towarzyszyły zwalniające od czasu do czasu kontraktury w mięśniach prawej połowy całego ciała i *nystagmus*. Zwierzę żyło 13 dni, ciepłota przez ten czas wynosiła 41° C. Wszystkie zwierzęta, u których występowało porażenie, okazywały zanik mięśni obwodowych, rozwolnienie, *incontinentia alvi* i *retentio urinae*.

W czterech przypadkach badano rdzeń mikroskopowo. Substancya szara rdzenia okazywała zmiany najwybitniejsze w okolicy zgrubienia lędźwiowego a tu najbardziej zmienione były komórki zwojowe rogów przednich; niektóre z nich uległy zziarnieniu, inne zwyrodnieniu szklistemu, zanikowi i t. d. Neuroglia i włókna nerwowe niewiele były zmienione. Bardzo wybitne zmiany były w naczyniach substancyi szarej; były one przepełnione krwią, ściany ich miejscami popękały i ztąd wybroczyny w substancyi rdzeniowej. Substancya biała rdzenia zmieniona była nieco więcej tylko w okolicy odpowiadającej u człowieka sznurom Golla i Burdacha. Zmiany powyżej opisane we wszystkich czterech rdzeniach badanych przez autorów były równe i różniły się tylko co do stopnia.

Z badań swoich autorzy wysnuwają następujące wnioski: *Myelitis* wywołana doświadczalnie u zwierząt za pomocą paciorkowców występuje symptomatycznie albo jako postępowy zanik mięśni, albo jako paraplegia występująca ostro bez kontraktur lub z kontrakturami. Zmiany, które w tej eksperymentalnej *myelitis* zwierząt znachodzimy w rdzeniu, odpowiadają tym, które znajdujemy u ludzi w *myelitis* ostrej, uważanej za samodzielną. Podobne zmiany znajdujemy także w ludzkiej ostrej *myelitis* o tle swoistem, n. p. we wściekliźnie, kile i t. d. i do kompletnego obrazu zmian wywołanych przez tę ostatnią braknie tylko drobnokomórkowych nacieków kołonaczyniowych i przerostu neurogliі.

W doświadczeniach przeprowadzonych przez autorów mikroorganizmy nie osiedlały się wcale w układzie nerwowym i nic wykazano ich w rdzeniu ani za pomocą barwienia w preparatach ani za pomocą hodowli, choć dały się wyhodować ze krwi i z organów wewnętrznych; zmiany więc w rdzeniu zostały wywołane tylko przez działanie toksyn wytworzonych przez paciorkowce.

Autorzy oświadczają, że te ich badania nad *myelitis*, wywołaną przez mikroorganizmy rzucają pewne światło na ostre zmiany w rdzeniu pacierzowym u człowieka uważane za samodzielne.

Zakażenie paciorkowcem może być w objawach swych bardzo nieznacznem i przebiedz niepostrzeżenie i wywołać następnie ostrą zmianę zapalną w rdzeniu, uchodzącą za pierwotną. (*Annales de l'Institut Pasteur*. Tom IX. Nr. 2. 1895).

J. Nowak.

Choroby wewnętrzne.

H. Dürck: **Przypadek rażenia piorunem.** (Z zakładu patologicznego w Monachium).

Niewielka liczba opisanych dotąd przypadków rażenia piorunem a zwłaszcza mała cyfra wykonanych w tych razach sekcyj, skłoniły autora do ogłoszenia wyniku sekcyi robotnika zabitego uderzeniem piorunu w czoło, przy której znaleziono zmiażdżenie skóry ponad lewym guzem czołowym, rozległy krwotok podoponowy w obrębie płatów czołowego i skroniowego lewej półkuli mózgu, krew płynna w sercu i żyłach i przekrwienie bierne narządów brzusznych. Kości sklepienia czaszki nie były nigdzie naruszone.

Literatura przedmiotu, sumiennie przez autora zebrana, obejmuje w ogóle przeszło 130 przypadków w połowie śmiertelnych; sekcyę wykonano ledwo w 17 przypadkach. Nadto ogłosili Clowes, Nankiwele, Kratter i Messerer po jednem spostrzeżeniu śmierci przez rażenie prądem elektrycznym o napięciu 2000 do 3000 wolt a Kratter nadto wyniki doświadczeń na zwierzętach.

Z tych szczupłych danych wnosi autor, że śmierć z rażenia piorunem (lub silnym prądem) objawia się anatomicznie:

1) **s t a l e** płynnością krwi;

2) **c z ę s t o** ograniczonym lub rozleglejszym krwotokiem z naczyń zmiażdżonych, znajdujących się na drodze prądu;

3) **c z a s e m** zmiażdżeniem narządów, na drodze prądu będących;

4) zazwyczaj miejsca wejścia i wyjścia prądu przedstawiają płytsze lub głębsze rany skórne, noszące cechę ran oparzelinowych.

W przypadku autora przy sekcyi nie znaleziono już drzewkowatego rysunku na skórze, który miał się pojawić wnet po śmierci a który jako t. zw. *Blitzfiguren* opisują autorowie w przeważnej liczbie ogłoszonych przypadków. Stricker i Langerhans sądzili, że osobliwy ten rysunek odpowiada przebiegowi naczyń skórnych, Rindfleisch jednak wykazał, że odnieść go raczej należy do kierunku prądu, ponieważ nie zgadza się on z przebiegiem naczyń i przerywa się na fałdach skóry, utworzonych przez obcisłe ubranie. Autor sądzi, że dalsze dopiero spostrzeżenia rozstrzygnąć zdołają, czy rysunek ten można w ogóle wprowadzać w związek przyczynowy z działaniem prądu elektrycznego i czy może on stanowić jakąś cechę rozpoznawczą.

Szybkie gnicie zwłok osób rażonych piorunem należy według autora kłaść na karb gorącej pory, w której przypadki takie prawie wyłącznie się zdarzają, wszelkie zaś inne błąkające się w piśmiennictwie opowieści przypisać bujnej, dawniejszych zwłaszcza autorów wyobraźni. (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1895. Nr. 31).

Dr. Ciechanowski.

Zapiski terapeutyczne.

108. S. W e s t: L e c z e n i e m o c z ó w k i c u k r o w e j a z o t a n e m u r a n o w y m (z posiedzenia *British medical Association*). Działanie fizyologiczne soli uranowych jest jeszcze bardzo mało znane; wiadomo tylko, iż sole te w dużych dawkach drażnią i wywołują białkomocz, tudzież glikozuryą.

Autor przekonawszy się na wielu osobach cierpiących na moczówkę cukrową, że azotan uranowy zmniejsza ilość moczu, ztąd i pragnienie i wpływa korzystnie na stan ogólny, postanowił systematycznie badać działanie rzeczonego przetworu w moczówce cukrowej.

W pierwszym przypadku, do tych doświadczeń użytym a tyczącym się mężczyzny 22-letniego, samo uregulowanie dyety i sposobu zachowania się w szpitalu sprowadziło ilość moczu z 7 do 5 pint (pinta = 0·57 litra) dziennie a % cukru z 8 na 6 do 7. Po użyciu azotanu uranowego w dawkach powoli powiększanych zeszła dzienna ilość moczu z 5 na 3 pinty a % cukru z 5 również na 3. Po zadawaniu przerzeczonego przetworu bez przerwy przez dwa miesiące w ilości około 15 ziarn angielskich (czyli mniej więcej jednego grama) po 3 razy dziennie, ilość cukru w moczu zmniejszyła się do 1%. Przestano zadawać azotan uranowy a ilość cukru podniosła się wkrótce do 5—6%; powrócono przeto znów do tego leku i zadając go po 7—8 ziarn (= $^1/_2$ grama) pięć razy dziennie zmniejszono ilość cukru w moczu do $^1/_2$ %. Po leczeniu w ten sposób przez cztery miesiące poprawił się znakomicie stan ogólny chorego a ciężar ciała powiększył więcej niż o 10 kilogramów. Dla doświadczenia przerwano znów zadawanie azotanu uranowego, poczem % cukru powiększył się znów do 7% a nawet w czasie Świąt Bożego Narodzenia doszedł do 10%.

Po ponownym powrocie do środka, o którym mowa, ilość cukru zeszła do $^1/_2$ %. Wśród używania po trzy razy dziennie 5 ziarn (= $^1/_3$ grama) opuścił chory szpital z 2 do 3% cukru w moczu, w doskonałym jednak stanie ogólnym.

Po 4 miesiącach ukazał się chory na nowo w szpitalu; cukru było wówczas znów 6 do 7%, które przez ponowne leczenie sprowadzono do 1%.

Bardzo podobne rezultaty otrzymał autor w dwóch przypadkach moczówki cukrowej u kobiet.

Z tych przeto spostrzeżeń wypada, że azotan uranowy zmniejsza naprzód ilość moczu, następnie i ilość cukru w nim zawartego, nie leczy wprawdzie moczówki cukrowej, ale łagodzi najważniejszy przypad chorobowy, t. j. zmniejsza wydzielanie się cukru moczem i to tak, jak tego nie robi żaden z używanych dotychczas w tej chorobie środków (*La Médecine moderne*. 28. Sierpnia 1895).

109. J. C o m b y: O p r z e t w o r a c h b r o m u w c h o r o b a c h d z i e c i (ze szpitala Trousseau w Paryżu). Przetwory bromu używane w terapii są: bromek potasu, sodu, amonu, strontu, rubidu, niklu, złota, kamfory, etylenu, etylu, chininy, bromoform, bromol.

Bromki alkaliów a w szczególności bromek potasu działają fizyologicznie w sposób wieloraki: prócz działania drażniącego na skórę i błony śluzowe, objawiającego się nawałem krwi, powiększeniem się wydzieliu i osutkami, bromek potasu uspakaja i znieczula, zmniejsza mianowicie czułość błon śluzowych i wstrzymuje odruchy. W ten sposób można pojąć skuteczność bromku potasu w krztuścu.

Bromek potasu nadto osłabia czynność mięśni, zmniejsza energię ośrodków nerwowych i hamuje ruchy, działa także na władze psychiczne i serce, zwalnia tętno i wywołuje sen, prawdopodobnie przez zmniejszenie nawału krwi do mózgu.

W dawkach dużych może bromek potasu sprawiać bóle żołądka, rozwolnienie, krwotoki z nosa, prawdziwe porażenia, trądzik (*acne*), cuchnienie oddechu i nawet ogólne wyniszczenie.

Dlatego, jeżeli się zadaje bromek potasu w dawkach dużych, należy od czasu do czasu przerywać jego zażywanie.

Przetwory bromu a mianowicie bromek potasu są wskazane przedewszystkiem w chorobach układu nerwowego.

Niema lepszego nad bromki środka w padaczce (*epilepsia*) tak samodzielnej, jak i symptomatycznej.

Również działa dobrze bromek potasu w innych chorobach układu nerwowego u dzieci, łączących się z kurczami, jak rzucawce (*eclampsia*), porażeniu połowiczem kurczowem (*hemiplegia spasmodica*), w zapaleniu opon prostem lub gruźliczem w okresie podniecenia, w tężcu i tężyczce (*tetania*), kurczu głośni.

W histeryi należy ograniczyć zadawanie bromku potasu do przypadków z napadami bądź bardzo częstemi, bądź nader gwałtownemi.

Bromek skutkuje nieraz w pląsawicy i w niektórych formach mimowolnego oddawania moczu w nocy, podniecenia płciowego i samogwałtu.

Również dobrym jest środkiem bromek potasu w bezsenności nerwowej, bolach głowy w okresie wzrostu i z przyczyny nadmiernej pracy umysłowej, w których działa zapewne przez zmniejszenie nawału krwi do mózgu, dalej w kołataniu serca nerwowem, nieraz w krztuścu (kokluszu) i w moczówce tak prostej (*diabetes insipidus*), jak i cukrowej (*diabetes mellitus*).

Bromoform, zalecany w ostatnich latach przeciw krztuścowi, nie przebył jeszcze dostatecznie próby doświadczenia a w każdym razie użycie jego wymaga większych ostrożności, niż użycie bromku potasu lub sodu.

Przeciwskazanemi są bromki u dzieci osłabionych, znajdujących się w śpiączce, mających rozszerzenie serca, tętno słabe, przepuszczające i cierpiących na przypady ze strony przewodu pokarmowego.

Co do sposobu zadawania i wielkości dawki, pamiętać należy, iż w przypadkach z kurczami gwałtownemi lub częstemi, w mocnych bólach głowy nadają się przedewszystkiem dawki duże.

U dzieci ssących, nie mających roku, uważa J. Simon 20 centygramów bromku potasu za dawkę średnią, powyżej jednego roku życia 40 centygramów. Począwszy od drugiego roku życia można uważać za prawidło dzienną dawkę tylu gramów, ile lat ma dziecko, oczywiście dopóki lek rzeczony nie rozwinie swego działania uspokajającego.

Można także zadawać mięszaninę kilku bromków alkalicznych, n. p. *kalii bromati*, *natrii bromati*, *ammonii bro-*

mati aa 5·00, syrupi cort. aurantiorum 100·00, aquae destil. 200·00, i z tej mieszaniny zadawać co 2 lub 3 godziny aż do uspokojenia po łyżeczce od kawy, łyżce deserowej lub stołowej stosownie do wieku dziecka.

Bromek strontu zapisuje się w ten sam sposób, jak bromek potasu lub sodu.

Bromek złota zalecany przez Gouberta w padaczce i bolu głowy połowiczym (*hemicrania*) w ilości 3 do 6 miligramów dziennie w pigułkach nie wszedł w ogólne użycie.

Donath w Budapeszcie zaleca w padaczce bromek etylenu po 10—20 kropel dwa razy dziennie według przepisu:

Olei amygdalarum dulcium	*20·00*
Ethyleni bromati	*1·00*
Olei menthae	*guttas quinque.*

Bromek niklu, równie jak bromek etylenu, mało jeszcze wypróbowany zapisywać można dziennie po 30—40 centygramów.

Bromek kamfory (w formie cukierków, torebek lub płynu) po 10 centygramów 3 lub 4 razy dziennie u dzieci jest dzielnym dosyć środkiem przeciwkurczowym.

Do przepisywania bromoformu (w krztuścu i innych rodzajach kaszlu kurczowego) nadaje się przepis:

Rp. *Bromoformii guttas*	*15*
Alcoholi 90°	*5·00*
Syrupi tolutani	*120·00*

MDS. Co 2 lub 3 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

Przeciw bezsenności u dzieci wszelkiego wieku działa bardzo dobrze połączenie bromku potasu z chloralem, stanowiące zresztą podstawę przetworu wysławianego w Ameryce pod nazwą *bromidia;* przepis praktyczny byłby:

Rp. *Kalii bromati*	
Chlorali	*aa 6·00*
Exti cannabis indicae	
Exti hyosciami	*aa 0·05*
Aquae destil. q. s. ad	*32·00*

MDS. Przed spaniem zadawać po 20 kropel w łyżeczce od kawy syropu lub wody ocukrzonej.

Ażeby w przypadkach, gdzie długo przyjdzie zadawać bromek potasu, zapobiedz szkodliwemu działaniu na żołądek i wystąpieniu przewlekłem zatruciu bromem *(bromismus)*, radzono połączyć w celu antyseptyki przewodu pokarmowego lek, o którym mowa, z naftolem.

Rady tej autor za praktyczną nie uważa, natomiast zaleca obok bromku potasu zadawać w małych ilościach dwuwęglan sodowy lub wodę Vichy (oddawna w tym celu używamy wody bilińskiej z bardzo dobrym skutkiem. Przyp. sprawozd. *Przeglądu lekarskiego*) albo dawać bromek potasu w mleku, jeżeli dzieci nie mają przeciw niemu wstrętu.

W padaczce zalecano bromek amonu i rubidu zawierający 34% pierwszego a 66% drugiego bromku w postaci: *ammonii et rubidii bromati 15·00, aquae destil. 200·000, syrupi menthae 100·00.*

Bromki alkaliczne zalecano w 5% rozczynie do inhalacyj w krztuścu.

Wodobromek chininy (*chininum hydrobromicum*) po 10 do 20 centygramów dziennie na rok dziecka jest bardzo szczęśliwem połączeniem chemicznem, zasługującem na użycie podobnie jak kozłkan chininy (*chininum valerianicum*) u dzieci nerwowych. Wodobromek chininy rozpuszcza się w wodzie łatwiej i więcej ma chininy, niż siarkan.

Wodobromek chininy można zadawać w czopkach (*suppositoria*), w lawatywach a wewnętrznie w rozczynie, do czego nadaje się dla łatwego rozpuszczania się w wodzie kombinacya z antypiryną:

Chinini hydrobromici	*2·00*
Antipyrini	*2·00*
Exti liquiritiae	*10·00*
Aquae destil.	*70·00*

Po 2 do 3 łyżeczek od kawy, deserowych lub stołowych stosownie do wieku.

(La Médecine moderne 28. Sierpnia 1895).

110. B. Brown (w Aleksandryi w Ameryce): Sposób zapobiegania bliznom po ospie spływającej. Ażeby niedopuścić powstawania blizn po ospie, zaleca B. obmywać często twarz wodą chlorową, nacinać na krzyż bardzo delikatnym nożykiem każdą krostę, wyciskać z niej treść i przemywać następnie 4‰ rozczynem nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*). W czasie między przemywaniami wodą chlorową dobrze jest pomazywać twarz maścią złożoną z ichtyolu, arystolu i eurofenu. *(La Semaine médicale* 28. Sierpnia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 3. Kwietnia 1895 r.

Przewodniczący kol. Walentowicz. — Członków obecnych 34.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący przedstawia na członka Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Dra Stanisława Ciechanowskiego. Po obliczeniu głosów wybrany jednomyślnie.

3) Kol. Ponikło okazuje wykonane staraniem Dyrekcyi szpitala św. Łazarza tablice objaśniające rozdział chorych leczonych w krajowym szpitalu św. Łazarza i w szpitalu św. Ludwika w r. 1894, których ostatniem miejscem zamieszkania był Kraków lub najbliższa jego okolica, na dzielnice miasta, względnie gminy przedmiejskie.

4) Kol. Jakubowski przedstawił sprawozdanie z doświadczeń dokonanych z antytoksyną z przebiegu błonicy (drukowane w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 17.). W dyskusyi zwraca kol. Rydygier uwagę, że z ostatnich 4 latach, gdy zaczęto używać intubacyi, procent śmiertelności wynosił 44 a nie 52; byłoby więc polepszenia 10% a nie 18%. Kol. Jakubowski wyjaśnia, że postępuje tak, jak i inni autorowie; uwzględniając zaś poprawę procentu śmiertelności w ostatnich latach wskutek używania intubacyi, rzeczywiste polepszenie przy używaniu antytoksyny wyniosłoby 10%.

Kol. Słapa. Inni autorzy odliczają te przypadki, które zakończyły się śmiercią po injekcyi przed 24 godzinami, gdyż do tego czasu surowica działania swego nie rozwija; gdyby kol. Jakubowski tak samo obliczał, to procent jego byłby jeszcze lepszy.

W dyskusyi oświadcza kol. Nowak, że ze sprawą surowicy łączy się także kwestya swoistości prątka Loefflerowskiego dla błonicy, ostatecznie jednakże jeszcze nie rozstrzygnięta. W ostatnim czasie wystąpił przeciw tej swoistości Hansemann, który odmawia prątkom Loefflerowskim udziału w wytwarzaniu błonicy, bo prątki te znajdują się nietylko u osób dotkniętych błonicą, ale i u osób cierpiących na inne, lżejsze cierpienia gardła a także, co ważniejsza i na błonie śluzowej gardła osób zupełnie zdrowych, osoby te zaś otoczenia swego mimo to nie zarażają; dalej często niema ich, właśnie u osób cierpiących na błonicę. Zdarzają się przypadki, że choroba wybuchnie a prątek zjawia się dopiero w kilka dni potem na chorobowo zmienionej błonie śluzowej a znów po ukończeniu choroby można go na niej przez dłuższy czas wykazać. Na zwierzętach nie wywołuje ów prątek typowych objawów dyfteryi a porażenia sztucznie u zwierząt za pomocą niego otrzymane, różnią się dość znacznie od porażeń występujących u dzieci po błonicy. Przemawiający dodaje, iż zresztą takie samo porażenie można u zwierząt wywołać i za pomocą różnych innych mikroorganizmów, n. p. Vidal i Bezançon otrzymywali je za pomocą streptokoków. Przytem prawie nigdy nie znachodzi się w produktach zapalnych w błonicy tylko prątków dyfterytycznych; jeśli się znajdzie, tylko zawsze w towarzystwie innych drobnoustrojów a najczęściej i prawie z reguły paciorkowca. Niektórzy też autorzy, jak Baumgarten i Ricker uważają go za przyczynę błonicy a znaną jest rzeczą, jak łatwo w pewnych okolicznościach mikroorganizm ten staje się bardzo jadowitym. Klinicy chcą mu przyznać tylko rolę w powikłaniach błonicy, prawdopodobnie jednakże wydaje się, iż odgrywa on także rolę przyczynową w etyologii błonicy. Za tem przemawia ta okoliczność, iż się go prawie stale znajduje w błonach dyfterytycznych i to nietylko na powierzchni, ale i w głębi błony śluzowej, zkąd bardzo często dostaje się do krwi, jak

to przemawiający sam miał sposobność stwierdzić na kilkunastu przypadkach przez siebie badanych.

Prawdopodobnem więc jest, że błonica jest cierpieniem wywoływanem przez assocyacyę kilku mikroorganizmów, między któremi znajdzie się i streptokok i prątek Loefflera obok innych, bliżej nam jeszcze nieznanych czynników. O ile przemawiający nie może się zgodzić na apodyktyczne rozstrzygnięcie sprawy, że wykryty przez Loefflera prątek wywołuje błonicę, o tyle zgadza się z Raczyńskim w zdaniu, że błonica jest pewnego rodzaju zakażeniem mieszanem z rozległym udziałem paciorkowca.

Co do poruszonej sprawy terapii za pomocą surowicy uodparniającej, to przemawiający, oparty na doświadczeniu sekcyjnem, nie widział takich, jak to oświadczył kol Jakubowski, żadnych szczególnych powikłań w zwłokach po leczeniu surowicą: obrazy sekcyjne były takie, jak zwykle w błonicy. Częściej może nieco zdarzało mu się teraz spotkać na stole sekcyjnym bronchopneumonię ropną w przebiegu błonicy, lecz to wprost ztąd pochodzi, iż w ubiegłym roku sekcyj dzieci zmarłych na błonicę było o $\frac{1}{3}$ więcej, co ma znów źródło w większej liczbie chorych na błonicę, przyjętych do szpitala św. Ludwika. (Sprawozdanie własne).

Kol. Raczyński: Gdybym chciał szczegółowo roztrząsać przemowie kol. Nowaka, musiałbym powtórzyć to wszystko, co wyraziłem na zaprzeszłem posiedzeniu Towarzystwa w *uwagach klinicznych i bakteryologicznych nad błonicą;* jedno tylko mogę jeszcze dodać, że gdybyśmy odmówili prątkowi Löfflera przypisywanego mu znaczenia, nie moglibyśmy wytłómaczyć wielu doświadczeń wykonanych w ostatnich czasach. I tak n. p. jak wytłómaczyłby kol. Nowak okoliczność wykazaną przez Eschericha i Klemensiewicza w Gracu a całym szeregiem doświadczeń przez Orłowskiego stwierdzoną, że krew dzieci, które przebyły błonicę, posiada pewne, nawet dosyć znaczne własności immunizacyjne, t. j. że posiada własności krwi zwierząt sztucznie toksynami prątków Löfflera immunizowanych a więc działanie antytoksyczne dla toksyn prątków Löfflera? To już w żaden inny sposób wytłómaczyć się nie da, tylko przez przyjęcie, jeśli nie wyłącznego udziału, to przynajmniej współudziału prątków Löfflerowskich w błonicy pierwotnej. Ten więc dotąd niczem niezaprzeczony dowód w zestawieniu z tem, co poruszyłem w swym odczycie, uprawnia do przyjęcia, że jakkolwiek może w stosunku błonicy do prątka Löfflerowskiego niejedna okoliczność wymaga jeszcze wyjaśnienia, to przecież udział i wielkie znaczenie prątka Löfflerowskiego dla błonicy pierwotnej musimy uważać za udowodniony. (Sprawozdanie własne).

Kol. Ślapa: Kol. Nowak występuje z takimi samymi mniej więcej zarzutami, jakie poczynił Hanseman, asystent Prof. Virchova, przed kilku miesiącami, z okazyi rozstrząsania nowego sposobu leczenia błonicy w Tow. lekarskiem w Berlinie. Kwestya swoistości prątka Löfflera to główny i jedyny punkt zaczepienia; podanie w wątpliwość stosunków, które rozjaśniają nam etyologię i patogenezę błonicy, prowadzi za sobą koniecznie wątpliwość co do słuszności i skuteczności opartego na okolicznościach leczenia.

Jednym z najważniejszych zarzutów, które robi kol. Nowak, jest, że prątek błoniczy znajduje się nietylko na błonach śluzowych osób dotkniętych błonicą, lecz także zdołano go wykazać u osób zupełnie zdrowych, jakoteż u takich, które przebyły błonicę.

Zarzut ten, na pozór przekonywający, traci wiele z wartości swej dowodowej, właśnie wobec badań Behringa, Rouxa i Eschericha nad odpornością wrodzoną i nabytą, tak u ludzi jak i zwierząt, dalej wobec tego, że eksperymentalnie do wywołania błonicy za pomocą prątka Löfflera, koniecznem jest wprowadzenie tkanki, na powierzchni której usiłujemy wywołać błonicę, w stan nieprawidłowy, wreszcie wobec zmiennego stopnia jadowitości prątka. Aby prątek Löfflera wywołał błonicę, konieczną jest wysoka jadowitość prątka samego, brak zupełny lub nieznaczna tylko odporność danego organizmu, wreszcie nieprawidłowy stan tkanki, na której prątek się osiedla i zkąd rozwija swe ogólnie toksyczne działanie. Brak któregokolwiek z tych warunków sprawia, że pomimo obecności prątka nie rozwija się sprawa błonicza. Odpowiedź na drugi zarzut, że nie każdą sprawę, anatomicznie do błonicy podobną, wywołuje jedynie prątek Löfflera, jest krótka. Błonicą w ścisłem słowa tego znaczeniu, nazywamy sprawę chorobową, wywołaną obecnością prątka Löfflera; żadnej innej zaś sprawy chorobowej, chociaż anatomicznie do błonicy podobnej, jeśli nie można w niej stale wykazać prątka swoistego dla błonicy, za prawdziwą błonicę nie można uważać.

Kwestya spółdziałania innych prątków a w szczególności paciorkowców stanowi w przemówieniu kol. Nowaka trzeci zarzut przeciw swoistości wyłącznej prątka Löfflera.

Badania Dornbergera wykazały stałą obecność paciorkowca w jamie ust dzieci zdrowych. Wobec badań tych nie może być dziwnem, że w błonach wrzekomych w przebiegu błonicy się wytwarzających, paciorkowiec tak często towarzyszy prątkom Löfflera. Że paciorkowiec może być przyczyną powikłań w przebiegu błonicy, to nie ulega wątpliwości. Sprawa błonicza prowadzi do zniszczenia powierzchownych warstw błony śluzowej, tem samem otwiera bramy dla następowej infekcyi; obecny paciorkowiec ma wszelkie warunki do wtargnięcia w głębsze warstwy tkanki lub do krwi i rozwinięcia także swego szkodliwego działania.

Wreszcie ostatni zarzut, że niejednokrotnie zmiany anatomiczne w postaci błon wrzekomych istnieją a dopiero badanie bakteryologiczne po kilku dniach wykazuje obecność prątka Löfflera.

Przykład niech posłuży za odpowiedź: Dziecko dostaje typowej płonicy z charakterystycznemi zmianami w gardle (*angina necrotica*), nie mającemi nic wspólnego z błonicą prawdziwą. Po kilku dniach do zmian w gardle w przebiegu szkarlatyny przyłącza się błonica. Badanie bakteryologiczne w pierwszych dniach choroby całkiem nie wykazuje prątka Löfflerowskiego, badanie jednakże w kilka dni później, w okresie powikłania błonicą, wykaże obecność prątka Löfflera. Zdaniem kol. Ślapy swoistość prątka Löfflera nie ulega wątpliwości a nowym dowodem tego przyłączającym się do całego szeregu dawniejszych, jest właśnie leczenie surowicą na swoistości tej oparte. (Sprawozdanie własne). Sekretarz: *Dr. B. Kozłowski.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Września 1895 r.

— Ministerstwo oświaty w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych zamianowało dla ścisłych egzaminów lekarskich, w roku szkolnym 1895/6 w Uniwersytecie Jagiellońskim odbywać się mających komisarzem rządowym lekarza powiatowego Dra Gustawa Bielańskiego, jego zastępcą dyrektora szpitala św. Łazarza profesora Dra Stanisława Ponikłę, koegzaminatorem w drugim rygorozum lekarskiem Dra Franciszka Murdzieńskiego, jego zastępcą prof. Dra Macieja Leona Jakubowskiego, koegzaminatorem w trzecim egzaminie lekarskim prof. Dra Antoniego Marsa, jego zastępcą prof. Dra Rudolfa Trzebickiego.

— Rządowy zakład produkcyi surowicy przeciwbłoniczej przy szpitalu Rudolfa i przy szpitalu Cesarza Franciszka Józefa w Wiedniu uzyskał pozwolenie na warunkową sprzedaż tej surowicy własnego wyrobu także lekarzom prywatnym i aptekarzom, zwłaszcza w razie wystąpienia epidemicznie błonicy w jakiej miejscowości, jednakowoż tylko w miarę zapasów i większej jej produkcyi i po zaspokojeniu potrzeb szpitalnych. Cena jednej dawki 1 złr. 40 ct.

— Jak energicznie a jak się pokazuje, i skutecznie walczą w Norwegii i Szwecyi z alkoholizmem, świadczy okoliczność, iż w żadnej gminie nie wolno sprzedawać napojów wyskokowych, jeżeli na to nie zgodzi się w osobnem głosowaniu większość członków gminy liczących więcej niż 25 lat i to bez różnicy płci. Jeżeli zapadnie uchwała dozwalająca sprzedaży, obejmuje ją nie prywatna osoba, ale Towarzystwo osobno w tym celu utworzone, któremu wolno pełnić swą czynność tylko w dnie powszednie od 8. rano do 5. po południu i które cały czysty dochód ze sprzedaży oddaje na cele dobroczynne w gminie.

— W zakładzie pasteurowskim szczepienia ochronnego wścieklizny w Wiedniu, otwartym w Sierpniu roku zeszłego, leczono do końca Czerwca r. b. 83 osoby pokąsane wyłącznie przez psy wściekłe lub o wściekliznę podejrzane. Dwie osoby usunęły się z obserwacyi podczas szczepienia; pozostało zatem 81 szczepionych systematycznie, z nich było 13 z Austryi dolnej, 43 z Czech, 7 z Morawii, 6 ze Styryi, 6 z Galicyi, 2 ze Szląska austryackiego, 1 z Egiptu, 2 z Węgier i 1 ze Szląska pruskiego. Ponieważ sprawozdanie dyrektora zakładu prof. Paltaufa nie wspomina o żadnym przypadku śmierci, wnosić należy, iż ze szczepionych nikt nie umarł. Ze zwierząt, które pokąsały osoby leczone w zakładzie, o którym mowa, wykazano u 89·28% na pewno wściekliznę.

— Pewien żołnierz armii francuskiej w Algierze, mający zmiany kiłowe w ustach zaszczepił kiłę 7 swoim towarzyszom w ten sposób,

iż przy tatuowaniu ich skóry tuszem chińskim używał śliny częścią do rozrabiania farby, częścią do zwilżania igieł właściwych. U tatuowanych tym sposobem kiła przebiegała w sposób zwykły.

— W Krefeldzie stawał temi czasy przed sądem karnym oskarżony o lekkomyślne zabójstwo lekarz, który dziecku cierpiącemu na na porażenie połonicze wstrzykiwał pod skórę strychninę w takiej ilości, iż nastąpiła śmierć w 10 minut po ostatniem wstrzyknięciu; skazano go na trzy miesiące więzienia.

— Cholera. Według urzędowych sprawozdań od 11. do 17. Sierpnia zachorowało na cholerę azyatycką w gubernii wołyńskiej 2025 a umarło 718 osób. W Warszawie zaszedł przypadek cholery azyatyckiej, zakończony śmiercią u handlarza owiec przybyłego z Wołynia. W Tarnopolu pojawiają się ciągle przypadki cholery, dotychczas przeważnie wśród ludności izraelickiej.

— Laboratoryum pasteurowskie w Sztutgarcie rozesłało w roku 1894., pierwszym swej czynności szczepionki przeciw róży u 7847 prosiąt a przeciw wąglikowi u 2200 owiec, 2215 wołów i 4 koni. Średnia śmiertelność wynosiła w oborach, w których teraz używają szczepionek wymienionych, u prosiąt 30—40%, u owiec 20—25%, u wołów 10—20% a zeszła po szczepieniu u prosiąt na 0·57%, u owiec na 0·38%, u wołów na 0·05%.

Są to wymowne cyfry, świadczące o olbrzymiej wartości nie tylko naukowej, ale i ekonomicznej odkryć Pasteura.

— Wiadomo, iż jeż jest prawie zupełnie odpornym na jad żmii i że ta odporność jest u niego 35 do 40 razy większa, niż u świnki morskiej tak, że jad zawarty we właściwych gruczołach jednej żmi nie wystarcza do jego zabicia

Otóż Phisalix i Bertrand podali do wiadomości na ostatniem posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego, że świnka morska po wstrzyknięciu jej podskórnem krwi jeża ogrzanej do 58° C. może bez żadnej szkody dla siebie znieść zaszczepienie jadu żmii w ilości dwa razy większej od dawki śmiertelnej; z tego wnoszą oni, że we krwi jeża znajduje się substancya immunizująca go przeciw jadowi żmii.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 35. A. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej nerek. L. Dydyński: Przypadek gumatu syfilitycznego na podstawie mózgu. B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. — W *Medycynie* Nrze 35. S. Dobrucki: Przyczynek do tak zwanej zgorzeli karbolowej (dokończenie). B. Korybut Daszkiewicz: Przypadek braku macicy (*defectus uteri*). — W *Przewodniku higienicznym*, zeszycie sierpniowym: P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw (ciąg dalszy).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 9107. / pr.

KONKURS.

W celu obsadzenia jednej posady c. k. lekarza powiatowego II. klasy, ewentualnie jednej posady asystenta sanitarnego, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 30. Września 1895.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi, wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1893. Nr. 37. Dz. ust. państ., oraz w dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci będący w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, inni przez właściwe c. k. Starostwa a we Lwowie i w Krakowie przez miejscową c. k. Dyrekcyę Policyi.

Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 28. Sierpnia 1895. 145—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.